

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1929

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

André, Jules GUERCHOUX

Né le 29 Novembre 1899 à Montauban (Tarn-et-Garonne)

ÉTUDE CLINIQUE

DES

TROUBLES VÉSICAUX ET RÉNAUX

AU COURS DE L'APPENDICITE

Président : M. FÉLIX LEGUEU, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1929

11

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1929

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

André, Jules GUERCHOUX

Né le 29 Novembre 1899 à Montauban (Tarn-et-Garonne)

ÉTUDE CLINIQUE

DES

TROUBLES VÉSICAUX ET RÉNAUX

AU COURS DE L'APPENDICITE

Président : M. FÉLIX LEGUEU, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1929

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie mède-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique généra les	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	VILLARET.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
	CARNOT.
Clinique médicale.	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TIESSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Professeur sans chaire.	BRANCA.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . . Pathologie médicale.
 ALAJOUANINE Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN . . . Pathologie médicale.
 BASSET . . . Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN . . . Pathologie médicale.
 BINET . . . Physiologie.
 BLANCHETIÈRE . . . Chimie biologique.
 BROCC . . . Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ . . . Pathologie médicale.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale.
 CHABROL . . . Pathologie médicale.
 CHIRAY . . . } Pathologie médicale.
 CLERC . . . }
 DEBRÉ . . . Hygiène.
 DOGNON . . . Physique.
 DONZELOT . . . Pathologie médicale.
 DUVOIR . . . Médecine légale.
 ECALLE . . . Obstétrique.
 FIESSINGER . . . Pathologie médicale.
 GARNIER . . . Pathologie expérimentale.
 GATELLIER . . . Pathologie chirurgicale.
 HARVIER . . . Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER Urologie.
 HOVELACQUE Anatomie.
 HUTINEL . . . Pathologie médicale
 JOYEUX . . . Parasitologie.

MM

LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LARDENNOIS. Pathologie chirurgicale.
 LEMAITRE . . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEROUX . . . Anatomie pathologique
 LEVY-SOLAL. Obstétrique.
 LHERMITTE . . . Pathologie mentale.
 LIAN Pathologie médicale.
 MATHIEU . . . Pathologie chirurgicale.
 MERCIER (Ferdinand). Pharmacologie.
 METZGER . . . Obstétrique.
 MONDOR . . . Pathologie chirurgicale
 MOURE Pathologie chirurgicale
 MULON Histologie.
 OBERLING . . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER . . . Anatomie.
 PHILIBERT . . . Bactériologie
 QUENU Pathologie chirurgicale.
 RICHET Fils . . . Physiologie.
 SÉZARY Dermatologie et syphiligraphie.
 VALLERY-RA-
 DOT (Pasteur). Pathologie médicale.
 VAUDESCAL . . . Obstétrique.
 VELTER Ophthalmologie.
 VERNE Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET Pharmacologie.
 GUÉNIOT Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 RETTERER . . . Histologie.
 ZIMMERN . . . Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE . .	} Clinique chirurgicale.	LERI	Clinique médicale.
AUVRAY . .		MOCQUOT . .	} Clinique chirurgicale
CHEVASSU . .		PROUST . .	
LAIGNEL-LAVASTINE . .	Clinique médicale.	SCHWARTZ	
LE LORIER . .	Clinique obstétricale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	} Chargé du cours de chirurgie orthopédie chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY-BERT	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Education physique.
WEILL-HALLÉ	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions mises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON COUSIN

A MON PÈRE — A MA MÈRE

A MON ONCLE, Monsieur le Docteur GUERCHOUX
de la Faculté de Médecine de Paris (8 juillet 1874)

A MA TANTE, Mademoiselle BERTHE GUERCHOUX

A MON BEAU-PÈRE, Monsieur ADOLPHE MARTY
Professeur d'orgue à l'Institution nationale des jeunes aveugles

A Monsieur le Professeur LEGUEU

Professeur de Clinique urologique
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu nous faire le grand
honneur d'accepter la présidence
de notre thèse.*

A Monsieur le Docteur DESCOMPS

Chirurgien de l'Hôpital de La Charité

*Qui nous a toujours reçu avec bien-
veillance. Qu'il trouve ici l'expres-
sion de notre gratitude et nos re-
merciements pour les conseils qu'il
nous a donnés.*

A Monsieur le Docteur DUGAT

Fondateur du Laboratoire de Biologie de Charenton

*Qu'il trouve ici l'expression de
l'affection respectueuse que nous
lui portons.*

A MES MAITRES

DANS LES HOPITAUX DE PARIS ET DE TOULOUSE

HISTORIQUE

Les complications urinaires de l'appendicite sans être particulièrement fréquentes se rencontrent toutefois en clinique courante et furent étudiées dès la fin du xix^e siècle en même temps que se précisaient les notions générales sur l'appendicite.

Dieulafoy a fait une étude complète du « rein appendiculaire ».

L'hématurie appendiculaire fut étudiée de 1910 à 1914 dans les thèses de Martin, Leroy, Fayolle.

Les pyélonéphrites appendiculaires ont fait l'occasion de comptes-rendus à la Société de Chirurgie par Welter en 1914. L'étude du syndrome entéro-rénal par Heitz-Boyer a apporté des notions nouvelles sur les infections rénales d'origine descendante et hématogène (Thèses de Decousser et Bouvier).

Les formes urinaires de l'appendicite chronique ont été étudiées par Guy-Laroche et par Leroy dans leurs thèses.

Enfin Rochet et Thévenot ont insisté sur l'atteinte rénale unilatérale droite.

GÉNÉRALITÉS

Ces complications urinaires sont à rapprocher des complications annexielles aiguës et sub-aiguës qui sont d'observation courante au cours de l'appendicite aiguë, mais si en clinique le tableau de l'appendicite est bien connu, **par contre ses réactions vésico-rénales** sont d'observation plus rare. Comme toutes les maladies infectieuses l'appendicite peut retentir sur les reins et en 1879 alors que l'appendicite n'était pas connue et était encore rangée dans le cadre des typhilitis, Balzer avait signalé ces réactions.

Elles peuvent survenir dans toutes les formes de l'appendicite qu'il s'agisse d'appendicite aiguë perforante à marche rapide : d'appendicite à évolution plus lente et à rechutes ou d'appendicite chronique d'emblée : souvent ces troubles vésicaux sont symptomatiques d'une appendicite latente, dominant le tableau clinique et égarant le diagnostic causal. En effet le diagnostic entre appendicite et affection rénale droite est parfois très difficile. Il en est ainsi des calculs de l'uretère et du rein mobile : c'est ici que la pratique de l'ureteropyelographie prend une grande importance : d'autre part

comme l'a montré Alglave les lésions rénales de l'hydronéphrose et du rein mobile peuvent être une cause d'appendicite. L'existence de ces lésions rénales droites est expliquée par les rapports anatomiques du rein, du bassin et de l'uretère droits qui ont, non seulement des rapports de contiguïté, surtout nets dans certaines localisations de l'appendicite (a. latéro-cæcal et rétro-cæcal) mais encore des rapports de connexions vasculaires et veineuses par le système anastomique de Retzius avec le péritoine pariétal postérieur ou lymphatiques par l'intermédiaire du relai ganglionnaire mésentérique. Il faut enfin signaler les connexions nerveuses établies par le ganglion réno-aortique qui reçoit à la fois du plexus mésentérique supérieur et du plexus rénal droit. Ils sont d'ailleurs plus fréquents dans l'appendicite pelvienne.

CLINIQUE

On peut constater ces troubles dans trois conditions bien différentes :

1° En pleine crise appendiculaire banale avec réaction péritonéale, on constate l'apparition d'un double cortège de symptômes : les uns appendiculaires, les autres vésico-rénaux : troubles de la miction et hématuries ;

2° Dans d'autres cas il s'agit d'une appendicite toxique et septicémique avec néphrite aiguë et anurie ;

3° Ou bien c'est à la résolution de la crise, la constatation d'un abcès qui entre en rapports avec l'appareil urinaire donnant un abcès périvésical, source de fistules, ou un phlegmon péri-néphrétique.

Si bien que l'on peut décrire :

Des complications urinaires basses et des complications urinaires hautes de l'appendicite.

Les troubles réflexes vésicaux au cours de l'appendicite

Ce sont des troubles vésicaux sur lesquels Guyon a attiré l'attention qui sont d'ailleurs communs avec des affections abdominales très diverses. Ils sont d'origine

purement réflexe et ne s'accompagnent d'aucune lésion organique du réservoir urinaire.

Il peut s'agir de dysurie, de pollakiurie, mais le plus commun est la rétention d'urine. Ils peuvent survenir dans des conditions bien différentes.

Au cours d'une péritonite aiguë généralisée : c'est un accident commun avec toutes les péritonites généralisées et on constate une rétention d'urine avec matité sous-ombilicale et hypogastrique ; ou bien au cours d'une péritonite localisée : rétention simple et indolore n'attirant pas l'attention au début. Enfin elle peut être post-opératoire, tout particulièrement après la rachianesthésie, mais c'est alors beaucoup plus une complication de la rachianesthésie que de l'appendicectomie. La rétention réflexe est à bien distinguer des rétentions rebelles et prolongées, liées à une péri-cystite avec paralysie vésicale vraie

Les hématuries appendiculaires

Deux grands groupes sont à distinguer :

Les hématuries macroscopiques et les hématuries microscopiques.

Elles sont d'ailleurs rares et de courte durée, pouvant survenir au cours de l'évolution d'une appendicite chronique ou d'une appendicite aiguë.

L'hématurie macroscopique

On peut les rencontrer dans différentes conditions : Dans l'appendicite suraiguë et toxhémique traduisant

l'hépatonéphrite de Dieulafoy. C'est une hématurie épiphénomène. Dans une rupture d'abcès dans les différents segments des voies urinaires ; c'est une hématurie complication. Dans une appendicite banale chronique ou aiguë ; c'est une hématurie symptomatique.

1° Au cours d'une appendicite chronique on est en présence d'une malade qui présente soit un syndrome appendiculaire douloureux typique au niveau de la fosse iliaque droite, soit au minimum quelques troubles digestifs, véritable appendicite latente.

Elle revêt deux formes cliniques :

La crise hématurique douloureuse ;

La crise hématurique indolente.

a) La *crise hématurique douloureuse* a un début brusque ou progressif avec douleurs lombaires siégeant au niveau de l'angle costo-vertébral droit, strictement unilatérales, avec irradiations vésicales, inguinales, scrotales pouvant s'accompagner d'une rétraction du testicule à l'anneau ; chez la femme, ces irradiations peuvent se faire dans la grande lèvre et la région périnéo-anale. Elles peuvent se propager à la cuisse avec contracture du membre inférieur, et s'accompagner de pâleur, d'angoisse, de nausées et parfois de vomissements. Elles rappellent la crise lithiasique. Ces douleurs se calment par l'hématurie qui est abondante d'emblée, sans caillots durant deux à quatre jours et se terminant brusquement.

b) La *crise hématurique indolente* se manifeste par un seul signe physique : des urines noires pendant quelques jours. C'est une hématurie intermittente dont

le diagnostic causal est très difficile et disparaissant avec l'appendicectomie. Souvent à l'intervention on constate un appendice rétro-cæcal et adhérent à l'uretère, plus rarement libre dans la grande cavité.

2° Au cours de l'appendicite aiguë ce signe particulier précède généralement la crise appendiculaire. Il s'agit d'une hématurie brusque avec coliques réno-urétérales violentes et à l'intervention, il n'est pas rare de constater un appendice à siège rétro-cæcal ou un abcès péri-appendiculaire.

3° Enfin il faut signaler l'hématurie post-opératoire survenant dans la première ou la seconde semaine après l'opération, durant quelques jours et ne laissant aucune séquelle.

L'hématurie microscopique

Elle semble relever d'une néphrite subaiguë transitoire, s'accompagnant d'une albuminurie abondante avec cylindres et leucocytes. La durée en est généralement très courte ; le pronostic est favorable et elle ne semble pas laisser de suites fâcheuses.

L'hydronéphrose appendiculaire

L'appendicite peut être une cause d'hydronéphrose par compression de l'uretère. Il s'agit généralement d'une hydronéphrose intermittente avec crises répétées et phénomènes réflexes nausées et vomissements s'accompagnant d'une contracture pariétale de la fosse iliaque

droite et de la région lombaire, Ces hydronéphroses s'accompagnent souvent d'une température à 38° et 38°5.

Les pyélonéphrites appendiculaires

Généralement unilatérale droite et associée à une hématurie, la pyélonéphrite se manifeste par l'existence de pus dans les urines.

Il peut s'agir de lésions rénales légères favorables, glomérulo-néphrite avec albuminurie et cylindrurie c'est une véritable néphrite hématurique cédant à l'intervention.

Dans d'autre cas il s'agit d'une lésion ilhiasique ancienne et on peut alors constater une pyélonéphrite avec douleurs, pyurie, tuméfaction rénale. Elle est généralement unilatérale et droite

Rappelons qu'un abcès appendiculaire a pu s'ouvrir dans le bassin (Thèse Arnal).

Phlegmon périnéphrétique

Le phlegmon périnéphrétique d'origine appendiculaire, décrit par Dieulafoy, peut être un phlegmon périnéphrétique vrai dans la loge rénale ou paranéphrétique derrière le fascia de Zuckerkandl.

En clinique sa date est celle de l'abcès appendiculaire (2^e semaine). A la période d'état il donne des signes pariétaux postérieurs et lombaires et des signes péritonéaux antérieurs et abdominaux d'origine appen-

diculaire ; le pus en est fécaloïde et les colibacilles y prédominent. C'est beaucoup plus rarement que l'on sera en présence d'une périnéphrite chronique (Bérard).

Les lésions vésicales appendiculaires

Il peut s'agir de cystite vraie avec mictions fréquentes douloureuses et parfois de cystite catarrhale glaireuse.

Dans d'autres cas il s'agit de péri-cystite avec atteinte du tissu cellulaire péri-vésical et cystite interstitielle donnant un syndrome très spécial avec mictions très difficiles, goutte à goutte, douleurs violentes, ténesme et rétention d'urine aiguë.

Elle peut se compliquer de perforation vésicale survenant avant ou après l'opération (abcès) perforation insidieuse et latente ou brusque et dramatique avec douleurs atroces et une véritable « vomique vésicale ». Cette perforation s'accompagne ultérieurement d'une réaction vésicale et se complique fréquemment de fistulisations souvent vésico-intestinales (carco-vésicales) avec fécalurie et pneumaturie.

Deux complications sont spéciales à ces fistules :

- a) Le calcul vésical infectant la vessie ;
- b) La pyélonéphrite ascendante.

Les études *cystoscopiques* sont ici très importantes pour préciser les lésions vésicales et périvésicales :

1° A la période d'abcès elles le montrent faisant saillie sous la paroi vésicale qui présente à ce niveau une

zone d'œdème bulleux et parfois une véritable plaque de cystite;

2° A la période de fistulisation, l'orifice fistuleux mais ce dernier est rarement visible.

OBSERVATIONS

Obs. 1 (P^r LEGUEU).

Antoinette T., âgée de 42 ans, entre à l'hôpital Necker le 28 septembre 1912 pour douleurs dans le flanc droit. Le malade a déjà eu des douleurs analogues il y a trois ans, ces douleurs semblent avoir été déterminées à cette époque par un effort violent. La crise a duré trois semaines sans être accompagnée d'aucun autre symptôme, ni vomissements, ni dysurie. La deuxième crise a éclaté il y a deux ans en décembre, attaque subite, survenant cette fois sans aucune raison apparente, elle a duré trois heures, a été très violente. Le mois suivant une nouvelle crise est apparue qui persiste huit jours, à ce moment on a constaté la présence d'albumine dans les urines. Deux mois après la douleur dans le flanc droit est devenue presque continue. Cette douleur n'était pas aiguë mais elle s'exagérait à l'occasion d'un effort et des mouvements. Les mictions étaient fréquentes, accompagnées d'une sensation de brûlure et à deux ou trois reprises les dernières gouttes étaient teintées de sang.

La malade est allée consulter à Laënnec où on lui fit

un cathétérisme urétral qui donna des résultats négatifs. Elle reste deux mois à l'hôpital et sort en assez bon état pour travailler.

En août 1911, elle eut une nouvelle crise qui dura huit heures sans pollakiurie et hématurie. Puis une autre en avril 1912 et une dernière plus violente en septembre de la même année. La douleur présente cette fois une irradiation nette vers l'épaule droite et vers la cuisse du même côté, elle ne présente pas de dysurie.

A l'examen on trouve à la palpation un rein notablement abaissé, et le trajet de l'uretère est douloureux au niveau des points pyélique et iliaque. La douleur est calmée par le décubitus horizontal et au contraire réveillée par la station debout. Les urines sont légèrement troubles, leur quantité est de 1200 cm³ en 24 heures.

Cathétérisme des uretères : ni pus, ni microbes à droite et à gauche.

Le rein droit présente une petite rétention de 20 cm³.

Le 1^{er} octobre 1912 un examen global montre :

AZ : 0,39

K : 0,077

La malade est opérée le 8 octobre pour appendicite, on lui fait une incision de Mac-Burney, une dissociation des plans de la paroi, une extériorisation du cæcum. Il n'existe pas d'adhérences, on pratique une appendicectomie, on enfouit et on suture la paroi en trois plans.

Les jours suivants apparaît un léger ictère. La malade sort de l'hôpital guérie.

Obs. II (Thèse de COUSSEK).

R. entre à l'hôpital le 16 septembre 1916 avec un diagnostic d'appendicite chronique. Ses antécédents héréditaires n'offrent rien de particulier, son frère est mort de la tuberculose il y a cinq ans. Ses antécédents personnels sont nuls. Il n'y a pas de gonococcie.

R. depuis 1913 est atteint d'appendicite chronique typique. Ses crises très légères ont consisté en quelques nausées et douleurs à droite, sans température. Le malade se plaint de constipation chronique. Ses crises se répètent tous les deux mois. La dernière est survenue le 14 janvier au soir avec douleurs et nausées.

En octobre 1914 et le 2 février 1916 le malade a remarqué des urines « noires » *immédiatement après la crise et dans les quelques jours suivants*. Ces urines étaient noires pendant un jour ou deux et leurs mictions n'étaient jamais accompagnées de douleur au niveau de la région lombaire droite.

A son arrivée à l'hôpital le malade accuse une douleur dans la fosse iliaque droite, sa température est à 38°6.

Dans la nuit du 17 au 18 juillet le malade a présenté une hématurie à type rénal total, aucune douleur dans la région lombaire droite et gauche. La palpation des reins, des uretères, de la vessie, de l'urètre ne montre aucun signe anormal. Il a émis 1800 cm³ d'urine uniformément teintée, sans caillots.

Au microscope on constate la présence d'hématies.

A la cystoscopie il n'existe pas de lésions vésicales, les méats sont normaux, l'hématurie est droite.

Le 19 juillet l'hématurie cesse brusquement vers midi. Elle a duré un jour et demi.

Il n'y a pas eu de température. Pas de signes rénaux ou vésicaux. La quantité d'urines émises en 24 heures (du 19 midi au 20 midi) est grande : 2.000 cm³. Elles sont albumineuses et au microscope présentent hématies et leucocytes, l'urée sanguine est de 0,30 (le malade est au régime lacto-végétarien).

Le 27 juillet on pratique une appendicectomie typique. L'appendice présente une coudure très nette avec une portion renflée. L'uretère droit ne présente aucun signe anormal et il n'existe aucune bride, aucune adhérence de ce côté.

Les suites opératoires sont banales; les fils sont retirés au huitième jour et le malade sort de l'hôpital le 12 août sans nouvelle hématurie. Le 10 août il n'existe plus de trace d'albumine.

Le malade est revu le 24 septembre 1916, aucune hématurie, pas d'albumine.

En résumé, hématuries non douloureuses au cours d'une appendicite, hématurie rénale, traces d'albumine dans les urines dans l'intervalle des hématuries, après appendicectomie disparition des traces d'albuminurie et cessation de l'hématurie.

Obs. III (Von FRISCH Wiener, *Klin. Wochens. Chrift*).

Série d'hématuries douloureuses, appendicite gangreneuse, sans adhérences, appendicectomie, guérison.

Un homme de trente ans est pris brusquement en

pleine santé de coliques extrêmement violentes siégeant à droite et s'accompagnant d'hématurie (urines rouge sombre). Hématies en grand nombre, cylindres, pas de cristaux.

La palpation de l'abdomen ne révèle rien d'anormal les reins ne sont pas perceptibles. L'hématurie dure un seul jour. Le lendemain de la crise les urines sont normales et ne contiennent pas d'albumine.

Six mois après la première, une crise absolument identique où l'hématurie persiste cinq jours. Une cystoscopie fut faite, elle montra que l'hématurie provenait de l'uretère droit. Une radiographie pratiquée à ce moment montre l'intégrité des deux reins; toute la région appendiculaire était absolument indolore et la palpation profonde de la fosse iliaque droite n'éveillait aucune sensation anormale.

Deux mois après cette deuxième crise au commencement de mars 1907, survint une nouvelle hématurie (urines brun-rouge) sédiment abondant contenant quelques cylindres et des hématies). La palpation de l'abdomen révèle les signes classiques de l'appendicite. Toute la région appendiculaire est extrêmement douloureuse, l'hématurie abondante persiste trois jours, et comme dans la crise précédente, elle disparut brusquement pour faire place à une miction d'urines claires. Cette première hématurie est suivie dans la semaine suivante de deux hématuries durant chacune trois jours.

Opération :

Appendice gravement lésé mais complètement libre, suites opératoires banales. Les hématuries disparaissent

complètement et le malade suivi pendant plusieurs années ne présente aucun signe anormal ni du côté de l'appareil urinaire, ni du côté des urines.

Obs. IV (Von FRISCH in *Wiener. Klin. Wochens. Chrift*).

Appendicite chronique, série de coliques néphrétiques appendiculaires, appendicite libre, guérison.

Il s'agit d'un homme de vingt ans, souffrant depuis l'enfance d'accès de coliques qu'il localise dans la région gastrique. Ultérieurement ces crises se cantonnent franchement à droite, partant de la région lombaire pour s'irradier vers le pubis, comme des coliques néphrétiques. Il n'existe aucune élimination de sable urinaire, ou de calculs. Les crises deviennent de plus en plus violentes.

Dans l'intervalle des crises aucune sensation anormale.

En janvier 1908 à la suite d'une de ces crises survient une hématurie. Cette hématurie avait tous les caractères de l'hématurie rénale. Le sédiment très abondant était presque uniquement composé de cylindres hématiques épithéliaux et d'hématies. Aucune trace de pus, quelques cristaux et débris inorganiques, l'urine est stérile à la culture.

Aucun microbe à l'examen direct, aucun résultat à l'ensemencement.

L'hématurie a persisté trois jours pour disparaître complètement et faire place à des urines limpides, sans traces d'albumine. L'examen direct ne montre toujours

aucun microbe et l'ensemencement est toujours négatif.

La palpation de la région rénale ne présente aucune tuméfaction, aucune sensibilité particulière.

Au bout de quelques semaines nouvel accès douloureux ayant tous les caractères de la crise de coliques néphrétiques. La température est à 39°7, le pouls à 120. Les vomissements violents et répétés.

A l'examen de l'abdomen contracture pariétale de la région appendiculaire, l'hématurie persiste deux jours.

Le 24 mars le malade est opéré, l'appendice est très enflammé. Sa guérison est parfaite, et ultérieurement, il ne présente aucun trouble urinaire.

Obs. V (CARLIER et LEROY).

Série de crises hématuriques avec douleurs, appendicite chronique, appendicectomie, guérison.

Un homme de 27 ans, sans blennorrhagie antérieure.

Il n'existe aucun antécédent héréditaire ou personnel notable.

Vers le 15 mars 1912 le malade à la suite d'une fatigue a ressenti une douleur dans le flanc droit et a présenté une hématurie qui a cessé aussitôt. Cette hématurie a provoqué dans la journée une légère fréquence dans les mictions mais elle était indolente. La deuxième hématurie est survenue quelque temps après dans les mêmes conditions. La troisième hématurie apparaît vers le 15 mars. Ces hématuries n'ont pas été douloureuses et n'ont duré qu'une seule miction. Il n'y a pas eu

de mictions fréquentes ni diurne, ni nocturne, mais sont apparues depuis six mois des douleurs dans le flanc droit. Les urines sont limpides. Au cystoscope la vessie est saine, le méat de l'uretère droit est un peu élargi et un peu plus rouge qu'à l'ordinaire présentant une zone un peu vasculaire.

Le cathétérisme de l'uretère droit avec une sonde n° 14 montre des urines d'abord limpides puis colorées avec du sang.

1° Rein droit ; volume émis 11 cm³ ; chlorures : 12 gr. ; albumines : faibles traces.

2° Rein gauche : volume émis 11 cm³ 50 ; chlorures : 13 gr. 20 ; albumine : quelques traces. Quelques hématies.

3° Urines totales : aucun microbe.

Le 1^{er} juin une radio est négative. Les mictions sont toujours faciles, non douloureuses, normales (la nuit les urines sont limpides, sans albumine, sans sucre : mais pendant la marche réapparaissent les douleurs dans le flanc droit et une légère hématurie, de temps en temps survient une douleur testiculaire.

Le 12 juin, nouvelle hématurie avec présence de cocci absence de B. K. On pratique une inoculation de deux cobayes. Le 12 août la résection de l'appendice est pratiquée. En août 1912 les hématuries et les douleurs ont tout à fait disparu.

Obs. VI (Thèse de GERBER, Paris, 1920).

Hématurie microscopique au cours d'une crise particulièrement aiguë à allure progressivement grave. In-

tervention à chaud, cessation de l'hématurie trois jours après l'intervention.

F. Louise, âgée de 7 ans, ne présente aucun antécédent personnel notable, ni syphilis, ni tuberculose, ni scarlatine. Elle est entrée à l'hôpital le 5 mars 1920 pour une crise d'appendicite ayant débuté le 3 mars par des douleurs abdominales violentes avec vomissements. A l'entrée elle présente la triade classique avec température à 37°6.

Le lendemain 6 mars la température est à 38°3 et le pouls à 120. On constate une défense pariétale de la moitié droite de l'abdomen avec douleurs et hyperesthésie cutanée. Dans la nuit elle présente des vomissements porracés.

La quantité d'urines émises en 24 heures est de 300 cm³, ce sont des urines fébriles, avec albumine et une réaction de Meyer montre la présence de sang.

Etant donnés les symptômes généraux on intervient par une incision de Mac-Burney et on tombe sur un abcès péri-appendiculaire localisé avec appendice rétro-cæcal perforé à son extrémité, le moignon est enfoui. On draine et le jour suivant on constate une amélioration des signes fonctionnels et des signes généraux.

Dans les jours suivants on constate toujours une réaction de Meyer positive et à l'examen microscopique du culot des globules rouges nombreux avec leucocytes. L'hématurie microscopique cesse le 12 mars et le 3 avril il n'existe plus ni albumine ; ni sang.

Obs. VII (PAUCHET).

Appendicite, réaction vésicale, perforation vésicale, incision rectale d'un abcès et incision sus-pubienne, nouvelle intervention à froid et guérison.

M. D., âgé de 21 ans, a présenté deux crises. A sa troisième il est hospitalisé le 3 février et le seizième jour de la crise a une température à 39°5. Il présente des douleurs vives en urinant et a le ventre ballonné, un pouls à 100, bien frappé. Au toucher rectal un abcès haut situé avec urines troubles et chaque miction déclenche une vive douleur.

On intervient par une incision rectale et un verre de pus s'écoule. On constate une collection plus haut située et on pratique une incision sus-pubienne immédiate à la limite de l'hypogastre. On place un drain dans le rectum, un autre dans la plaie sus-pubienne, l'urine sort par les deux orifices, elle est purulente et cet écoulement d'urine par le rectum et la plaie persiste trois semaines environ. Le malade est guéri le 8 mars.

Trois mois plus tard on pratique une appendicectomie à froid, l'appendice est plongé dans le bassin et il est difficile de préciser ses rapports vésicaux.

TRAITEMENT

Le traitement de *l'hématurie* est lié à celui de l'appendicite, elle est rebelle à tout autre traitement que l'appendicectomie qu'elle commande et qui devra se faire dans les meilleures indications opératoires possibles.

La *rétention d'urine* sera traitée par le sondage après échec des manœuvres en vue d'obtenir une évacuation plus spontanée.

Le traitement des perforations et des fistules vésicales est particulièrement intéressant, il faudra toujours les prévenir en portant un diagnostic précoce par le toucher rectal et le toucher vaginal.

Selon la localisation de l'affection et la résistance du malade on interviendra par voies vaginale, rectale ou abdominale.

La fistule appendiculo-vésicale ou ceco-vésicale nécessite un traitement très spécial, il importe toujours de refroidir les lésions, d'enlever l'appendice dans un premier temps et de suivre, si possible, le trajet fistuleux jusqu'à la vessie et de suturer la paroi vésicale ; l'organe dangereux de la région est l'uretère qu'il faut éviter à tout prix.

Les hydronéphroses appendiculaires relevant d'une compression nécessitent un cathétérisme urétéral droit qui est généralement suffisant et permet d'ailleurs de faire souvent le diagnostic de petites hydronéphroses latentes.

Par contre les pyélonéphrites nécessiteront la mise en place d'une sonde à demeure et des injections pyéliques d'une solution à 1 ou 2 % de nitrate d'argent ou de col-largol.

Le phlegmon périnéphrétique ne s'accompagnant d'aucune rétention rénale il importera de le traiter par une incision large avec effondrement des loges de rétention mais on ne cherchera jamais à découvrir et explorer le sein souvent protégé par de fausses membranes.

CONCLUSIONS

I. — L'appendicite peut retentir sur l'ensemble de l'appareil urinaire et à ses deux étages supérieur et inférieur.

Il est difficile de faire le diagnostic causal de ces troubles d'où l'importance d'un examen clinique complet avec toucher rectal et vaginal.

II. — L'hématurie peut survenir au cours de toutes les formes d'appendicites aiguës ou chroniques et à toutes ses périodes (Hématurie prémonitoire, hématurie en pleine période d'état, hématurie post-opératoire).

III. — Macroscopique ou microscopique, douloureuses ou indolores, elles ne semblent pas aggraver le pronostic.

IV. — Le phlegmon périnéphrétique ne frappe pas le rein.

V. — Certaines appendicites dites urinaires peuvent se présenter avec une symptomatologie d'emprunt purement vésicale qui peut égarer le diagnostic

VI. — Ces complications sont liées à l'anatomie normale et pathologique de la région et sont particulièrement fréquentes dans les appendicites rétrocæcales ou pelviennes.

VII. — Toutes ces complications, et en particulier l'hématurie et la cystite rétroèdent rapidement après l'opération.

VIII. — Le traitement chirurgical se résume généralement dans l'appendicectomie, les fistules vésicales nécessitent un traitement curatif spécial.

Vu, le Doyen,
H. ROGER.

Vu, le Président de la thèse.
LEGUEU.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

DECOUSSER. — Contribution à l'étude des hématuries au cours de l'appendicite (*Thèse Paris*, 1919).

CARLIER et LEROY. — Les hématuries au cours de l'appendicite (*Province Médicale*, 7 mars 1914).

VON FRISCH. — Appendicite chronique et série de coliques néphrétiques (*Wiener Klin. Woch.*, juin 1912).

VON FRISCH. — Série d'hématuries douloureuses et gangrène appendiculaire (*Wiener Klin. Woch.*, 1912).

SEELIG. — Douleur lombaire droite violente avec hématurie et appendicite à l'intervention (*Annals of Surgery*, 1918).

LANCEREAUX. — Hém. névropathiques des organes génito-urinaires (*Annales des organes génito-urinaires*, 1900).

CARLESS. — Appendicites aiguës et hématuries douloureuses (*The Lancet*, novembre 1909).

BROWN. — Deux observations (*American Journal Association*, mai 1910).

GERBER. — Contribution à l'étude des hématuries au cours de l'appendicite (des hématuries microscopiques) (*Thèse Paris*, 1920, Arnette, éditeur).

GOUGET. — Hématurie de voisinage (*Presse Médicale*, 1912).

HEITZ-BOYER. — Syndrome entéro-rénal (*Journal médecine et chirurgie*, 10 mars 1910).

JAY. — L'abcès pelvien au cours de l'appendicite aiguë (*Thèse Paris*, 1921).

BÉNETON. — Contribution à l'étude des appendicites pelviennes suppurées (*Thèse Paris*, 1927).

CAILLET. — Complications vésicales au cours de l'appendicite, Paris 1912.

Paul FLANDRIN. — Complications de l'appendicite chronique (*Thèse Paris*, 1922).

FAYOLLE. — L'hématurie dans les diverses formes de l'appendicite (*Thèse Lyon*, 1913).

REYNES. — Complications vésicales de l'appendicite (*Congrès chirurgie*, 1900).

BRAWARSKY. — Les urines dans les appendicites aiguës et sub-aiguës chez les enfants avant et après l'opération (*Thèse Paris*, 1914).

JELIC. — Hydronéphrose ou appendicite (*Thèse Paris*, 1920).

LEGUEU. — Clinique de Necker (sur hydronéphrose et appendicite).

LEGUEU. — De l'appendicite, 1897.

ARNAL. — Les complications urinaires dans l'appendicite (*Thèse Montpellier*, p. 1912-13).

IAQUIÈRE. — Relation du rein droit et de l'appareil urinaire au point de vue pathologique (*Journal urologie*, 1926, p. 97 et 212).

LEGUEU. — *Presse médicale* 1908 (*Revue Internationale médecine et chirurgie* 1905. *Revue générale clinique et thérapeutique*).

TUFFIER. — Absès prévésicaux par appendicite (*Semaine médicale*, décembre 1894).

COPE (viz). — Genito-urinary symptoms in acute appendicitis (*Proc. Roy. Soc. Med. Lond.*, 1921-22, XV Sect. Urol. 1-3).

VON DER BECKE A. — Hämaturie und appendizitis *Ztschz. f. Urol.* Leipz. 1922, XVI, 50-55).

1929. St-Amand (Cher). — Imp. A. CLERC.
